

Doporučené diagnostické a terapeutické postupy
pro všeobecné praktické lékaře



PSYCHOSOMATICKÉ PORUCHY A LÉKAŘSKY NEVYSVĚTLITELNÉ PŘÍZNAKY

Autoři:

MUDr. Vladislav Chvála

Společnost psychosomatické medicíny ČLS JEP

MUDr. Radkin Honzák, CSc.

Společnost psychosomatické medicíny ČLS JEP

MUDr. Ondřej Masner

Společnost psychosomatické medicíny ČLS JEP

MUDr. Michaela Ročňová

Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

MUDr. Martin Seifert

Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

PhDr. Ludmila Trapková

Společnost psychosomatické medicíny ČLS JEP

doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.

Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

PRVNÍ VYDÁNÍ 2015



Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře

Společnost všeobecného lékařství, U Hranic 16, Praha 10

PSYCHOSOMATICKÉ PORUCHY A LÉKAŘSKY NEVYSVĚTLITELNÉ PŘÍZNAKY

Doporučený diagnostický a terapeutický postup pro všeobecné praktické lékaře.

Autoři:

MUDr. Vladislav Chvála

Společnost psychosomatické medicíny ČLS JEP

MUDr. Radkin Honzák, CSc.

Společnost psychosomatické medicíny ČLS JEP

MUDr. Ondřej Masner

Společnost psychosomatické medicíny ČLS JEP

MUDr. Michaela Ročňová

Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

MUDr. Martin Seifert

Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

PhDr. Ludmila Trapková

Společnost psychosomatické medicíny ČLS JEP

doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.

Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

Oponenti:

MUDr. Vladimír Marek

všeobecný praktický lékař, Brno

MUDr. David Macharáček

všeobecný praktický lékař Praha

doc. MUDr. Jiří Šimek, CSc.

internista, psychoanalytik, Praha

OBSAH

1. Definice a vymezení problematiky	3
2. Epidemiologie	3
2. 1. Kombinace mus a úzkostných poruch a / nebo deprese	4
3. Etiopatogeneze	4
3. 1. Predisponující faktory	5
3. 2. Vyvolávající faktory	5
3. 3. Udržující faktory	5
4. Přehled nejčastějších projevů	6
4. 1. Nejčastější projevy	6
4. 2. Hodnocení závažnosti mus.....	6
5. Přístup k pacientům s MUS	6
5. 1. Vyšetřování symptomů	7
5. 2. Specifický přístup VPL k pacientovi s mus	8
5. 2. 1. Obecné poznámky	8
5. 2. 2. Vztah lékař - pacient.....	8
5. 3. Terapeutická doporučení.....	9
5. 3. 1. Somatická dimenze	9
5. 3. 2. Psychická dimenze	9
5. 3. 3. Sociální dimenze	10
5. 4. Souběžná psychická porucha	12
5. 5. Fyzikální vyšetření, další specializovaná vyšetření	12
5. 6. MUS a farmaka	13
5. 7. Stupňovitý model léčby.....	13
5. 8. Mezioborová spolupráce	15
5. 9. Psychosomatika versus alternativní medicína	15
6. Průběh a prognóza	15
6. 1. Prognostické faktory	15
6. 2. Posudková hlediska	16
7. Další vzdělávání v psychosomatické medicíně	16

ÚVOD

Pacienti s psychosomatickými poruchami a lékařsky nevysvětlitelnými příznaky (MUS- Medically Unexplained Symptoms) tvoří významnou část klientely praktických lékařů. Přístup k těmto pacientům ve všeobecných praxích je variabilní; často není optimální, nevede ke zlepšení a nepřináší pacientům potřebnou podporu. To vyvolává nejen zbytečně vynaložené náklady na diagnostiku a léčbu, ale i frustraci lékařů a pacientů. V praxi není brán dostatečný zřetel na komplexní bio-psycho-sociální přístup ke způsobu jejich stonání. Přitom je možné často situaci zlepšit změnou přístupu zdravotnických pracovníků, jak prokázaly zahraniční i původní české výzkumné projekty.(1) (2)

DP má sloužit především všeobecným praktickým lékařům (VPL), ale mohou ho využít i další zdravotníci. Pokyn nepopisuje specializované postupy, které jsou indikovány u závažnějších specifických funkčních poruch a psychosomatóz či u chronických bolestivých stavů. V tomto směru se síť všeobecných praktických lékařů dobře doplňuje s aktuálně budovaným nastavbovým oborem psychosomatika, který organizuje vzdělávání a tvorbu sítě multidisciplinárních týmů, bez nichž se léčba těžších MUS a psychosomatických onemocnění neobejde.

Na rozdíl od jiných doporučených postupů, vyžaduje aplikace tohoto pokynu změnu myšlení lékaře a rozšíření jeho pozornosti také k psycho-sociálním okolnostem stonání. Jak lékař, tak jeho pacient s MUS se při nedostatku nálezů vysvětlujících obtíže ocitají v nejistotě. Jde o to neztratit důvěru pacienta. Lékař může více naslouchat pacientovi a bude mu tak k dispozici specifickým způsobem – vedle diagnostiky a znalosti farmakoterapie, může být průvodcem pro použití zdravotnického systému a ochráncem před nadbytečným využíváním zdravotnické péče.

1. DEFINICE A VYMEZENÍ PROBLEMATIKY

Pojem MUS zahrnuje takové somatické symptomy, které existují již více než několik týdnů, přestože je adekvátní lékařské vyšetření dostatečně nevysvětlilo. Není tím myšleno somatické onemocnění, které dosud nebylo správně vyšetřeno, nebo kde byla příčina přehlédnuta. I takovou možnost musí mít lékař trvale na mysli, což činí jednotku obzvláště základnou. Pojem MUS sdružuje dříve používaná označení pro psychosomatický způsob stonání jako funkční porucha či somatizace, pro něž nemáme dostatečné somatické vysvětlení. V tomto DP se budeme věnovat především MUS, podobně jako kolegové v jiných zemích EU. (1) (3) Přísně vzato je každé onemocnění bio-psycho-sociálně podmíněné, ale u většiny z nich je biologicky orientovaná léčba dostačující. (4) Ne tak u pacientů s MUS.

Toto doporučení se nezabývá jednotlivými speciálními diagnostickými jednotkami, ale způsobem stonání, ve kterém je nápadný rozpor mezi zjistitelným somatickým či laboratorním nálezem a projevy stonání. Pacient s MUS trpí stejně jako pacient s jasným somatickým nálezem, navíc propadá zmatku a úzkosti, když není možné jeho funkční omezení a tělesné obtíže vysvětlit objektivním nálezem. V tom je tento pacient náročnější na ošetřování i na vyléčení. Formálně, hlavně s ohledem na prognózu a léčebný postup, je vhodné MUS rozdělit na mírný, střední a závažný, v závislosti na trvání symptomů, počtu příznaků a dopadu příznaků na každodenní život. To je měřítko závažnosti bez jasně definovaných hranic, ale v současnosti je používáno i v dalších zemích. (5)

2. EPIDEMIOLOGIE

Pro MUS neexistuje kód v Mezinárodní klasifikaci nemocí, s výjimkou kategorie F5 ve zkrácené verzi MKN-10 PP. Z tohoto důvodu se ve studiích výskytu MUS užívají odvozené kódy – například kódování podle příznaku. Až 40% z konzultací ve všeobecné praxi se týká příznaků, pro které není (adekvátní) somatický nález. (6) V různých studiích pozorujeme výrazné odchylky ve výskytu MUS u pacientů v primární péči. Tak holandská studie našla u 13% všech konzultací u VPL alespoň jeden příznak, který ošetřující lékař přiřadil okruhu MUS.(6) Jiná studie z Anglie ukázala, že praktičtí lékaři vlastním vyšetřením identifikovali 19% svých pacientů jako trpící MUS. Ovšem s pomocí dotazníků se toto číslo vyšplhalo na 35%. (7) Podobné závěry přinesly i výzkumy pacientů v ordinacích našich praktických lékařů.(2) Jedno z nejvyšších čísel prevalence MUS se našlo v Austrálii, kde 39% naplánovaných návštěv u VPL byly důsledkem MUS. (8) Za tyto velké rozdíly odpovídá nejspíše více faktorů. Může jít o rozdíly v definici, podle které MUS posuzují v různých zemích, nebo jde o faktor času, podle toho, v jaké fázi onemocnění pacient k lékaři přijde. A samozřejmě existuje značná variabilita i v tom, jak lékaři MUS posuzují. Co pro jednoho lékaře může být nevysvětlený příznak, může být v očích jiného perfektně logicky vysvětlitelné. Trvalý a závažný

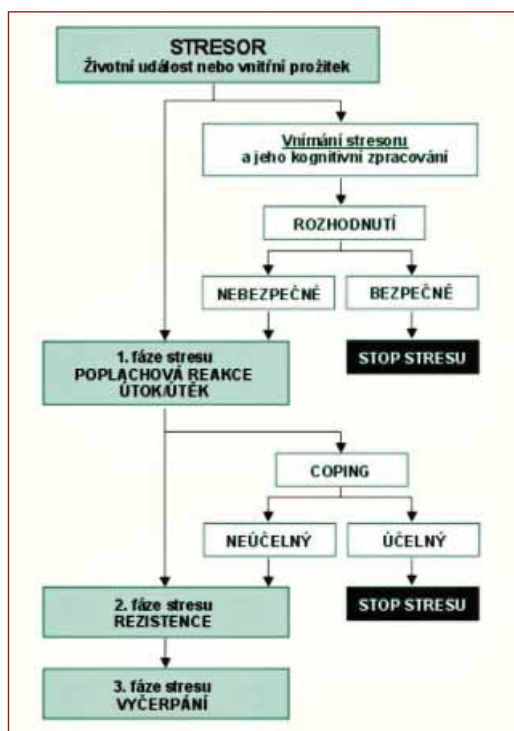
MUS je mnohem méně častý a má prevalenci 2,5 %. (7) Pacienti s příznaky často chtějí jen znát názor VPL, pokud jde o jejich tělesné pocity a obvykle stačí vysvětlit, proč je ve své situaci mohou mít a jak je jejich tělo vytváří. (Napětí svalů ve stresu, poruchy vnímání, funkční porucha GIT atp.).

2.1. KOMBINACE MUS A ÚZKOSTNÝCH PORUCH A / NEBO DEPRESE

Nejméně 20-30% dospělých pacientů, kteří navštíví VPL, má úzkostnou poruchu, depresi a / nebo funkční poruchu (MUS). Komorbidita mezi těmito poruchami je vysoká, a obecně se prezentují především fyzickými příznaky. Uvádí se, že není žádný pevný vztah mezi úzkostnou poruchou a / nebo depresí a mírnými formami MUS. Naopak u pacientů s těžkou formou MUS, je riziko deprese nebo úzkostné poruchy až třikrát vyšší než u pacientů bez MUS. Více než čtvrtina z těchto pacientů trpí jak depresí, tak i úzkostnou poruchou.(9)

3. ETIOPATOGENEZE

Každý zkušený praktik ví, že člověk ve složité situaci snadněji onemocní a hůře se léčí. Přijatelné vysvětlení přináší **model stresu**, se kterým přišel W. B. Cannon už v r. 1929. Představa, že některé psychosociální faktory spolu s chronicky vysokou úrovní pracovního stresu mohou mít za následek vznik fyzicky nevysvětlitelných příznaků, bývá přijatelná i pro pacienty. Teorii stresu dále rozvinuli Selye, Lindemann, Tyhurst, Sifneos a Caplanová. (10) Zatímco fáze akutního stresu nastává organizmus na útěk nebo útok se všemi tělesnými důsledky, méně známá fáze rezistence vede k vyčerpání rezerv, snížení obranyschopnosti a k rozvoji celé řady tělesných symptomů (viz tab.) Srozumitelný výklad našim pacientům předkládá např. Honzák. (11) Hypotézou se zabývali intenzivně *Holmes a Rahe*. Jejich **teorie životních událostí** stojí na rozsáhlých výzkumech a přinesla i praktický dotazník, který lze využít při odhadu míry vlivu psycho-sociálních událostí (viz příloha). (12) *Engel* ve svém **bio-psycho-sociálním modelu** jde dál a pokládá většinu nemocí za multikauzálně podmíněné. Jak biologické, tak psychologické a sociální faktory se podílejí v různé míře na každém onemocnění. I když v učebnicích lékařských fakult je tento model často opakován, jen velmi málo lékařů má znalosti o psychickém a sociálním kontextu nemoci. (13) Není to zdaleka jediný vysvětlující model. Badatelé z oblasti neurověd udělali značný pokrok v popisování podrobností souhry všech faktorů v **neurobiologickém modelu**. I zde je zdůrazňován význam komplexní interakce mezi neurobiologickými procesy (hypotalamo-hypofýzo-adrenální osa, cytokiny), faktory prostředí, pozorností a chováním. (14)



Při nezbytném zjednodušení a respektu k současné úrovni znalostí, je možné trvat na tom, že Engelův **bio-psycho-sociální model** nemoci je dostačující pro vysvětlení MUS a většiny dalších psychosomatóz. Ostatní modely v různé míře a s různými důrazy popisují totéž. Aby mohl lékař pacientovi odpovědět na jeho otázky a vysvětlit mu věrohodně, co se s ním děje při projevech MUS, měl by sám mít o mechanismu vzniku a udržování symptomů svou představu. Na základě zkušeností autorů můžeme přemíru modelů shrnout výhodně do zjednodušujícího vysvětlení: *Tělo pacienta používá všechny své regulační a obranné systémy, aby komunikovalo ve svém nejbližším prostředí (nejčastěji v rodině, na pracovišti) o svých vnitřních, psychických stavech (myšlenkách, emocích, pocitech, přáních, zraněních...), čímž spoluvytváří sociální realitu, ve které žije. Některé z tělesných projevů organismu mají charakter příznaků, znamení nemoci, a tak se mohou podílet na rozvoji maladaptivního, začarovaného kruhu.* (15) V těchto případech již nejde o to, JAK tělo vytváří příznak, ale PROČ ho vytváří, neboli co signalizuje svému okolí. (16)

Tělesné příznaky stresu

Pocity vyčerpání a únavy, bolesti ve svalech, bolesti dolních zad, bušení srdce, zrychlený pulz, pocení, chvění nebo třes, pocity chladu, pocity zkrácení dechu nebo dušení, zalykání se, bolesti nebo nepříjemné pocity na hrudníku, brnění a mravenčení, pocity na zvracení, trávicí poruchy, nevolnost, nechutenství, nucení na moč, pocity závratí, neklidu nebo točení hlavy, derealizace, depersonalizace, strach ze ztráty kontroly, strach ze smrti

Systémové chorobné změny podmíněné stresem

Hypertenze, rozvoj ICHS, poruchy glykemie až rozvoj diabetu II. typu, obezita z přejídání, poruchy imunity vedoucí druhotně k rozvoji nejrůznějších chorob až po nádorová onemocnění, gynekologické problémy, ztráta zájmu o sex

3.1. PREDISPONUJÍCÍ FAKTORY:

Rozvoj MUS je často přirozenou reakcí člověka na složitou životní situaci. Pacient může být disponován k tomuto typu stonání svou *osobní historií* a následně *sníženou psychickou odolností* (špatné podmínky pro vytvoření vztažové vazby, ztráta rodiče v dětství, zneužívání, předčasné přetížení, nezralost...), *charakterem*, *zvýšenou vnímavostí*, případně *špatnou zdravotní gramotností*, či *nevýhodnou sociální situací* (dítě s jedním rodičem, život v konfliktu rodině, člen znevýhodněné sociální skupiny, značné zadlužení...) nebo *genetickou*, tedy biologickou výbavou. (17)

3.2. VYVOLÁVAJÍCÍ FAKTORY:

Vyvolávajícími faktory bývají nahodilé události, třeba i akutní onemocnění. Závažná GIT infekce může u některých lidí předcházet rozvoji dráždivého tračníku (IBS). Jindy jsou příznaky indukovány významnou životní událostí (negativní životní událost, obtížné životní podmínky, problémy související s prací, stres, trauma, sexuální zneužívání). (9) Jeden faktor však je málokdy odpovědný za všechny potíže pacienta.

3.3. UDRŽUJÍCÍ FAKTORY

Udržující faktory a prohlubující faktory často brání zotavení, například snížená schopnost cvičení může mít za následek udržování bolesti zad, a neustálé hledání pomoci může udržovat příznaky úzkosti. Bolesti může paradoxně udržovat i postupně se vyvíjející závislost na analgetických, anxiolytických, často i opiátech. Problematický partnerský vztah, kde je napětí v intimní oblasti, může udržovat gynekologické symptomy. Nejistá mateřská vazba (*attachment*) může nevědomky udržovat symptomy dítěte, které tím zvyšuje nutnost péče. Jindy vážné, i když medicínsky nevysvětlitelné symptomy matky, brání odchodu již dospělých dětí. V dalších případech je symptom nevědomky odměňován úlevou z povinností anebo finančně (PN, důchod). To jsou pak zdroje maladaptivních procesů a udržování patologické rovnováhy. (18)

Tabulka 1: Predisponující, vyvolávající a udržující faktory

Predisponující faktory	Vyvolávající faktory	Udržující faktory
<ul style="list-style-type: none"> osobní historie snížená psychická odolnost zvýšená vnímavost snížená zdravotní gramotnost obtížná sociální situace genetika 	<ul style="list-style-type: none"> akutní tělesné onemocnění sociální událost trauma tělesné či psychické (někdy současně obojí) radikální změna stravy či životního stylu (hubnutí, extrémní diety) obtížná sociální situace genetika 	<ul style="list-style-type: none"> dlouhodobé snížení zátěže zhoršuje zdatnost chyby ve stravě a chybné zdravotní návyky chybné pracovní návyky (např. nadměrná zátěž, nedostatek odpočinku) finanční odměna za trvající symptom (PN, důchod) udržování patologické rovnováhy v rodině symptomem trvající psychický stres o kterém se nemluví (hrozící rozvod rodičů, zneužívání, dluhy, exekuce...) závislost (léky, osoba) abnormální sledování informací o nemoci na internetu

4. PŘEHLED NEJČASTĚJŠÍCH PROJEVŮ

Projevy MUS jsou velmi pestré. Proto je třeba pacienta dobře vyšetřit podle převažujících příznaků, ale současně se nenechat vtáhnout do nekonečného kolotoče vyšetřování. Při vzniku MUS hrají významnou roli emoce. Mají totiž svůj tělesný projev a ten se omylem stává signálem choroby. Nejen zlost a smutek, ale především úzkost, jsou velmi častým zdrojem somatizací. Emoce jako řídicí systém mají významný vliv na regulaci tělesných pochodů. Podle toho, kde nejvíce působí, pak můžeme rozlišovat karidopulmonální, gastrointestinální, svalově- pohybový, nebo obecný soubor symptomů. Časté jsou ale také kožní, urologické, gynekologické nebo jinak specializované příznaky. Na jejich vzniku se podílí všechny tělesné regulační systémy. Lékař může rozpoznat rozkolísanou rovnováhu vegetativní nervové soustavy, imunitního systému, hormonální soustavy, napětí v pohybovém aparátu. Každý reagujeme na nadměrnou zátěž jinak.

4.1. NEJČASTĚJŠÍ PROJEVY

- **Kardiopulmonální:** bušení srdce, obtíže na hrudi, dušnost bez námahy, hyperventilace, teplé nebo studené pocení, sucho v ústech a další
- **Gastrointestinální:** nevolnost, pálení jazyka, bolesti zubů, nechutenství, záchvatové přejídání až do obrazu poruchy příjmu potravy, bolesti břicha, škroutání, průjem, zácpa, pocit plnosti, škytání, říhání, regurgitace, pálení žáhy, meteorismus, pálení na hrudi nebo v nadbřišku a další
- **Muskulo-skeletální:** bolesti v rukou nebo nohou, svalové bolesti, bolesti v kloubech, napětí, ztuhlost, pocit obrny v rukou nebo nohou, bolesti zad, bolest je často stěhovavá, nepříjemný pocit necitlivosti nebo brnění a celá řada dalších
- **Jiné obtíže:** obtíže koncentrace, poruchy spánku, poruchy paměti, někdy i poruchy zraku, světlolachost až blefarospasmus, nejružnější zvuky v uších, kožní projevy, svědění, únava, slabost, sexuální dysfunkce, bolesti hlavy, závratě, mdloby a řada dalších.

Na rozdíl od běžných nemocí v případě MUS tyto typické příznaky nelze lépe vysvětlit jinou fyzickou nebo duševní chorobou. Příznaky ovlivňují fungování pacienta a pohodu.

4.2. HODNOCENÍ ZÁVAŽNOSTI MUS

Hodnocení MUS je obtížné už proto, že máme jen málo objektivních kritérií. Užívají se arbitrážně tři stupně se stoupající intenzitou a délkou stonání, které od sebe nejsou ostře vymezené. Více bude záležet na zkušenosti lékaře, jak odhadne závažnost stavu při spoléhání na subjektivní hodnocení pacientem.

Tabulka 2: Hodnocení závažnosti MUS

1.stupeň MUS	mírné funkční omezení jeden nebo několik symptomů v jednom nebo dvou funkčních systémech trvání déle než 3 týdny
2.stupeň MUS	středně závažné funkční omezení několik symptomů ve více funkčních systémech trvání symptomů od 3 týdnů do 3 měsíců
3.stupeň MUS	těžké funkční omezení symptomy ve všech funkčních systémech trvání symptomů déle než 3 měsíce

5. PŘÍSTUP K PACIENTŮM S MUS

- 1) Lékař by měl myslet na psychosociální okolnosti každého stonání od samého začátku diagnostického postupu. Jestliže však provede všechna obvyklá vyšetření podle převažujících příznaků a somatická léčba vede k uzdravení, není třeba rozšiřovat diagnostiku a zájem o relevantní psychosociální kontext. Je pravděpodobné, že se organizmus spontánně vyladí na všech třech úrovních bio-psycho-sociálně, má k tomu dost sil a nepotřebuje další intervence zvenčí. (16)

- 2) MUS zůstává pracovní hypotézou, protože v některých případech můžeme teprve v průběhu času objasnit symptomy somatickým nálezem. Proto je třeba být po celou dobu průběhu symptomů maximálně pozorný k alarmujícím příznakům a změnám symptomů.
- 3) Pracovní hypotézu se snažíme potvrdit rozšířenou psychosociální anamnézou a dalšími diagnostickými postupy běžnými v psychosomaticke, na což je třeba si s pacientem udělat čas.
- 4) Pracovní hypotézu MUS by měl lékař zaznamenat do zdravotní dokumentace. V případě sdílené péče o pacienta více lékaři je uvedení pracovní hypotézy a plánovaného postupu nezbytné pro zajištění kontinuity péče a vyvarování se chyb v komunikaci.

Tabulka 3: Podpůrné anamnestické znaky

ANAMNESTICKÉ ÚDAJE PODPORUJÍCÍ DIAGNÓZU MUS	
V akutních případech	V chronických případech:
<ul style="list-style-type: none"> • náhlý začátek s dramatickými projevy neodpovídající tělesnému stavu, bizarní symptomy měnící lokalizaci, nereagující na běžnou léčbu • nedávné prožití významné životní události (dokončení školy, svatba, rozvod, ztráta práce, ztráta blízkých, penzionování, atd.) • narození nebo odchod dětí nebo věk dětí odpovídající některému z kritických vývojových období v rodině (6, 12, 18 let) 	<ul style="list-style-type: none"> • dlouhá anamnéza obtíží • bezpříznakové intervaly • přítomnost nepříznivých psychosociálních faktorů • časté konzultace pro potíže v různé lokalizaci bez vysvětlujících nálezů • dříve pozorované tendence k somatizaci psycho-sociálních obtíží • úporné lpění na somatickém výkladu potíží

5.1. VYŠETŘOVÁNÍ SYMPTOMŮ

Po zformulování pracovní hypotézy MUS pokračujeme hlubším prozkoumáním symptomů, zaměřeným na porozumění pacientovi a jeho potížím. Hledáme prognosticky příznivé a nepříznivé faktory (ty, které brání uzdravení) a odhadneme stupeň závažnosti MUS.

K úplné anamnéze je nutné prozkoumat všechny dimenze symptomu ve smyslu bio-psycho-sociálního přístupu, tj. jeho somatický, psychický (tj. kognitivní a emocionální), i sociální (tj. behaviorální a vztahový) rozměr. Je třeba si uvědomit provázanost všech těchto vrstev. Tělesná úroveň vytváří *signál* ve formě příznaku, na psychické rovině vzniká jeho zpracování, pacient přiřazuje příznaku *význam* v jeho životním příběhu, tento význam spouští emoční reakci podle osobních zkušeností člověka. Svým chováním a komunikací člověk pak ovlivňuje a spoluvytváří sociální vrstvu a kulturu, která má zpětně vliv na to, jak lze symptomům rozumět, vyjednáváme *smysl* symptomu. Z didaktických důvodů pojednáme jednotlivé dimenze zvlášť, už proto, aby lékař žádnou z nich neopomíjel.

Tabulka 4: Vrstvy bio-psycho-sociální reality člověka


5.2. SPECIFICKÝ PŘÍSTUP VPL K PACIENTOVI S MUS

5.2.1. OBECNÉ POZNÁMKY

Pro úspěšnou léčbu je zásadní vzájemná důvěra mezi lékařem a pacientem a rovněž tak upřímný zájem lékaře o pacienta v jeho celistvosti. Pacienti s MUS, kteří nepocítují tento zájem, často rozvíjejí nové příznaky, pro které potřebují častější a delší konzultace a jsou pak ve výsledku větší zátěží pro lékaře i pro celý zdravotnický systém. Máme-li plnou čekárnu, je vhodnější pozvat pacienta ve volnějším termínu. Plánované konzultace v ordinaci jasně předem časově ohraničíme. Na začátku návštěvy můžeme pacientovi s opravdovým zájmem připomenout: „*Jsem tu teď 20 minut pro vás.*“ A opravdu tam být pro něj, ale jen těch předem dohodnutých 20 minut. Můžeme používat otázky jako např.: „*Co byste teď ještě potřeboval?*“ „*Co by vám teď pomohlo?*“ „*Co vás na vašich potížích trápí nejvíce?*“, „*Máte sám nějaké vysvětlení, proč vás postihla zrovna tato nepříjemnost?*“ Pacientovi tak dáváme najevo, že jeho názory a zkušenosti jsou důležité. Doporučujeme brát i problematického pacienta jako svůj lidský protějšek a jeho stížnosti jako součást celé jeho osobnosti s celoživotní historií.

Vyhnete se opakovanému uklidňování úzkostných pacientů obecnými frázemi. Je důležité brát pacientovu úzkost vážně a rozptýlit ji na základě podložených faktů (třeba i negativních vyšetření) a naší odborné zkušenosti. Je vhodné mluvit o symptomech v popisných termínech a vyhnout se vysvětlením, která by si mohl pacient interpretovat jako chorobu. Pokud pacient nemá obavy z konkrétní nemoci, neměli bychom před ním zmiňovat, co jsme vyloučili („*Tak rakovina to není...*“). Fakt, že jsme *nic* nenašli, neznamená, že nemůže mít žádné příznaky. Snažíme se užívat pozitivní výrazy vždy, když je to možné. Např. po provedení snímku zad pro bolesti řekneme „*Vaše páteř vypadá jako rovná a schopná všech normálních pohybů,*“ raději než „*Nic se tam nenašlo.*“ U pacientů, kteří se bojí konkrétní choroby, je naopak důležité jim jasně vysvětlit, že tuto chorobu nemají.

Když poskytujeme pacientům odborné poradenství, klíčové poselství by mělo být, že prognóza je dobrá, že potíže se mohou měnit a že není pro pacienta škodlivé cvičit či vykonávat běžné činnosti. Pocit únavy či bolest neznamená, že pacient trpí nějakou nevysvětlitelnou chorobou, nebo že došlo v těle k nějakému poškození. („*Je vidět, že vaše tělo umí vytvořit takové obtíže a přitom vás nepoškodit!*“) Obavy pacienta jsou pochopitelné a většinou samy vymizí. Zotavení bude rychlejší, jestliže pacient postupně zvýší svou aktivitu. Někdy může úzdravě bránit přemíra aktivit.

Zvláště v případech únavy (únavový syndrom) bývá užitečné probrat s pacientem pracovní snímek dne, tj. seznam všech činností, které dělá nebo si myslí, že musí dělat. U pacientů s vysokou výkonností můžeme najít oprávněnou únavu z nadměrné odpovědnosti a výkonnosti, kterou si neuvědomují.

5.2.2. VZTAH LÉKAŘ- PACIENT

Vztah mezi lékařem a pacientem s MUS je pro terapii klíčový. Jeho účinnost je srovnatelná s podáním léku a lékař jej intuitivně dávkuje. Pokud cítí k pacientovi náklonnost, působí už jen svou lidskou účastí hojivě. Jestliže naopak pacient cítí, že není brán vážně, že mu lékař nerozumí, nebo že jej obtěžuje, vyvolává to u něj obranné chování, které zpětně zhoršuje vyhlídky na sblížení postojů k léčbě. Potíže nastávají tehdy, když diagnostická nejistota přesahuje obvyklé meze, když se lékař cítí bezmocný a podrážděný. Je samozřejmé, že lékař nemůže mít kapacitu dlouhodobě soucítit se všemi svými pacienty. V některých případech nestačí jeho intuice a vyplatí se využít nabídek Balintovských skupin. Porady s kolegy s psychoterapeutickou erudicí napomáhají reflexi nevědomých procesů v dynamice vztahu jako léčivého prostředku. (19) Tato podpůrná metoda supervize přináší lékaři úlevu a tím se zvyšuje pravděpodobnost, že se vztah s pacientem uvolní. Pacient pak nebude hledat řešení ve změně lékaře, kde by se již provedená vyšetření zbytečně opakovala. Obecně platí, že když sledujeme své vlastní chování a prožívání, můžeme lépe rozumět také vlastním reakcím. Zajímáme-li se o subjektivní stránku pacientova stonání, stavíme ho při zvládání potíží do aktivnější role, spolupráce s lékařem se zkvalitňuje, úzkostnost pacienta se snižuje a symptomy mají tendenci ustupovat, zatímco při neuspokojivém vztahu lékaře s pacientem stoupá frekvence symptomů i návštěv u lékaře.

Balintovské skupiny

- Michael Balint (1896-1970), lékař a psychoanalytik, zasvětil většinu svého pracovního života zkoumání vlivu vztahu lékař-pacient na léčbu. Vycházel především z praxe, se kterou nikdy neztratil kontakt. Před 2. sv. válkou emigroval z Maďarska do Anglie, kde založil a vedl se svou ženou Enid Balintovou skupiny rodinných lékařů, kteří si mohli na vlastních případech špatně léčitelných, většinou chronických pacientů, uvědomovat, že lékař sám je lékem, který má vhodně doplňovat farmakologickou a technickou léčbu. Vztah lékař-pacient může působit jak léčivě, tak iatrogenně, není-li dobře indikován a dávkován.
- Metoda Balintovských skupin jako druh pomáhající supervize se rozšířila do mnoha zemí. K nám ji přinesli v 70-tých letech minulého století J. Skála s J. Růžičkou, založili tradici výcviků pro balintovské vedoucí. Po roce 1989 vznikla balintovská sekce České psychoterapeutické společnosti ČLS JEP, dnes je jejím vedoucím PhDr. K. Koblíček.
- Na stránkách společnosti najdete seznam akreditovaných balintovských vedoucích a možnosti, jak se balintovských skupin účastnit. (Kontaktní adresa balintovské sekce: Psychoterapeutické středisko (PhDr. O. Bejstová), Břehová 3, 110 00 Praha 1, tel.: 222 324 027, fax: 222 323 889, e-mail: sps.brehova@worldonline.cz)

5.3. TERAPEUTICKÁ DOPORUČENÍ

Léčení pacientů s MUS vyžaduje individuální přístup. Exploraci lze těžko oddělit od intervence. Už otázkami na všechny podstatné dimenze otvíráme pacientovi možné souvislosti, kterých si možná nebyl vědom.

Nejdůležitější cíle léčby jsou:

- vytvoření nosného terapeutického vztahu mezi pacientem a lékařem založeném na vzájemné důvěře
- nalezení takového vysvětlení daného problému, které by bylo přijatelné jak pro pacienta, tak pro lékaře
- omezování nežádoucí úzkosti a diskomfortu při přetrvávajících symptomech pomocí edukace
- postupné zlepšování stavu pacienta po stránce tělesné, kognitivní, emocionální, behaviorální a sociální

5.3.1. SOMATICKÁ DIMENZE

Sledujeme stejně jako u jiných pacientů

- lokalizaci příznaku, jeho charakter, závažnost a trvání, kolísání, hledáme skutečný popis fenoménů, ne diagnostickou kategorii („šhubání, trhání, bušení“...nikoli „zánět“), případné shlukování příznaků v určitém funkčním okruhu (gastrointestinální, kardiopulmonální, muskuloskeletální atd.) či zda jde o nespecifické příznaky (únava, bolesti, závratě, problémy s koncentrací a pamětí atd.), neměli bychom zapomínat ani na opomíjené viscerosomatické vztahy, případně doplnění běžného vyšetření zkušeným fyzioterapeutem
- skutečně užívanou medikaci (nikoli jen předepsanou) včetně volně prodejných přípravků a přírodních prostředků, zvláště se zaměříme na potenciálně návykové látky jako benzodiazepiny a analgetika, drogy včetně alkoholu
- ptáme se věcně i na alternativní zásahy laiků, aniž bychom dávali najevo nesouhlas, je to fakt jako každý jiný

Pečlivým vyšetřením somatických příznaků potvrzuje lékař pacientovi, že jeho symptomy bere vážně. Společně s pacientem sestaví další somatický diagnostický postup, který musí obsahovat i jasné a pro pacienta srozumitelné hranice.

5.3.2. PSYCHICKÁ DIMENZE

Sledujeme podrobněji než u ostatních pacientů: Psychická dimenze obsahuje více oblastí, ale pro praxi je třeba si všimnout alespoň dvou z nich:

a) Kognitivní oblast

Ptáme se pacienta

- jak si vysvětluje původ a trvání svých obtíží (jeho hypotézu akceptujeme)
- jak si myslí, že by mohl tyto aspekty ovlivnit (co v jejich rodině obvykle pomáhá)
- proč si myslí, že nemůže nadále vykonávat určité aktivity nebo zaměstnání
- na jeho očekávání ohledně možného přínosu praktického lékaře a dalších odborníků při zvládnutí jeho potíží
- na jeho očekávání dalšího vývoje jeho příznaků a celkového vlivu na jeho život ve vzdálenější budoucnosti (případně, co by se stalo, kdyby nic nepomohlo)

Při prozkoumávání těchto aspektů můžeme narazit na určité pacientovy pohledy, které mu brání v uzdravení (např.: „S těmito bolestmi se nemůžu vrátit do svého zaměstnání.“ nebo „Můj známý měl podobné potíže a nikdy se z toho nedostal.“). Nebo narazíme na pacientovy obavy týkající se symptomů („Když mám takové bolesti, musí to znamenat nějaké vážné poškození“). Jindy je velmi užitečné zeptat se na způsob stonání v jeho rodině, případně v minoritní kultuře. Jak se u nich stoná, co na to obvykle pomáhá. Můžeme objevit kolize se zdravotnictvím v minulosti jako zdroj nedůvěry. („Mamince napíchli žloutenku už v porodnici.“ Nebo „Bratr málem zemřel na prasklý appendix, když to doktor nepoznal...“)

b) Emocionální oblast:

Pozorujeme, jaké emoce a pocity doprovázejí rozhovor o obtížích jak na straně pacienta, tak na straně lékaře. Emoční reakce empatického lékaře bývají diagnosticky cenné. Někteří pacienti mohou pociťovat úzkost nebo mohou být smutní, jiní naopak mohou mít spíše zlost a chovat se vzdorovitě a lékař tyto emoce zrcadlí a s pacientem prožívá. Existuje rozšířená představa, že svým emocím každý rozumí a jsou-li na něm vidět, musí o nich taky vědět. Není tomu tak. O tělesných projevech emocí (zlosti, smutku, strachu...) nemusí pacient nic vědět, nenaučil se jim rozumět nebo je má z různých důvodů potlačené. Můžeme se ptát následovně:

- Jaké pocity a emoce v něm jeho obtíže vyvolávají?
- Má z příznaků obavy a úzkosti a čeho přesně se obává? Co je přesně důvodem pro tyto starosti?
- Jak často si během dne na svoje obtíže vzpomene a jak se přitom cítí?
- Jaká situace (případně emoční doprovod té situace) jeho příznaky zhoršuje?
- Co jeho symptomy a jejich prožívání zlepšuje?

Pokud narazíme na pacienta, který je v této oblasti málo sdílný, můžeme se snažit využít i non-verbální komunikaci, která bývá leckdy paradoxně výmluvnější (např. „Vidím, že vás to pořádně zatěžuje. Jako by vám ti všichni ještě viseli na krku...“) Samotné překlady významu uváděných symptomů („Asi toho máte plné zuby.“ „Jako by se to nedalo všechno strávit, že?“ „Nejspíš vám to leze krkem.“) nepomáhají, pokud má sám pacient k náhledu daleko.

U některých pacientů může být výhodou využít jednoduchý dotazník, ve kterém se mapují hlavní oblasti psychického rozpoložení. Honzák doporučuje jako nejjednodušší využití dvou otázek: (1) Z čeho máte radost? (2) Máte něco, na co se těšíte? Pokud zazní 2x Ne, je třeba zpozornit. Symptomy a pacientovy obavy s nimi spojené mohou způsobit úzkosti, deprese, které pak mylně považujeme za „příčinu“ potíží. Jsou spíše pochopitelným důsledkem dlouhodobě nepříznivé situace.

5.3.3. SOCIÁLNÍ DIMENZE

Za pozorovatelným chováním bývá ukryt význam, který pacient symptomu připisuje a toto chování má obvykle sociální důsledky. Proto otázky na sociální dimenzi zahrnují jednak oblast behaviorální a jednak oblast transpersonální, vztahovou. Umět se vyptat na tuto oblast je často pro úspěšné ošetřování MUS klíčové.

a) behaviorální oblast

Ptáme se na změny v chování související se symptomy a zjišťujeme:

- V jakých činnostech mu symptomy brání, nebo k čemu by se rád vrátil po uzdravení?
- Vyžaduje nebo potřebuje dlouhodobou pracovní neschopnost?
- Ignoruje symptomy a pokračuje ve škodlivé činnosti, což může způsobovat další přetížení?
- Uměl před onemocněním odpočívat? Bral si dovolenou? Jak se bránil přetížení?
- Je tady něco jiného co může bránit uzdravení? (nesnáší imobilizaci, samotu, nesnáší péči, je přesvědčen, že bez něho se v práci neobejdou...)
- Jak se chovají ostatní v jeho okolí, když má své obtíže?
- Kde se nejčastěji vyskytují jeho obtíže? (To může poukázat na klíčové vztahy doma, v práci, ve škole, na návštěvě u rodičů...)

Zaměřujeme se také na způsoby hledání pomoci

- Vyhledává pacient zdravotní služby brzy, nebo se snaží řešit problémy dlouho sám?
- Navštěvuje pacient mnoho různých odborníků se stejným problémem?
- Co udělal pacient pro to, aby problém vyřešil?
- Našel pacient vlastní postupy nebo chování, které mu od příznaků uleví?

b) vztahová, transpersonální oblast

Obecně platí, že tento typ symptomů vždy patří do nějakého vztahu a v něm se jednak udržuje, a také léčí. (20) Tato oblast patří k nejcitlivějším údajům a proto se ptáme, až když máme pacientovu důvěru, také na jeho intimní život.

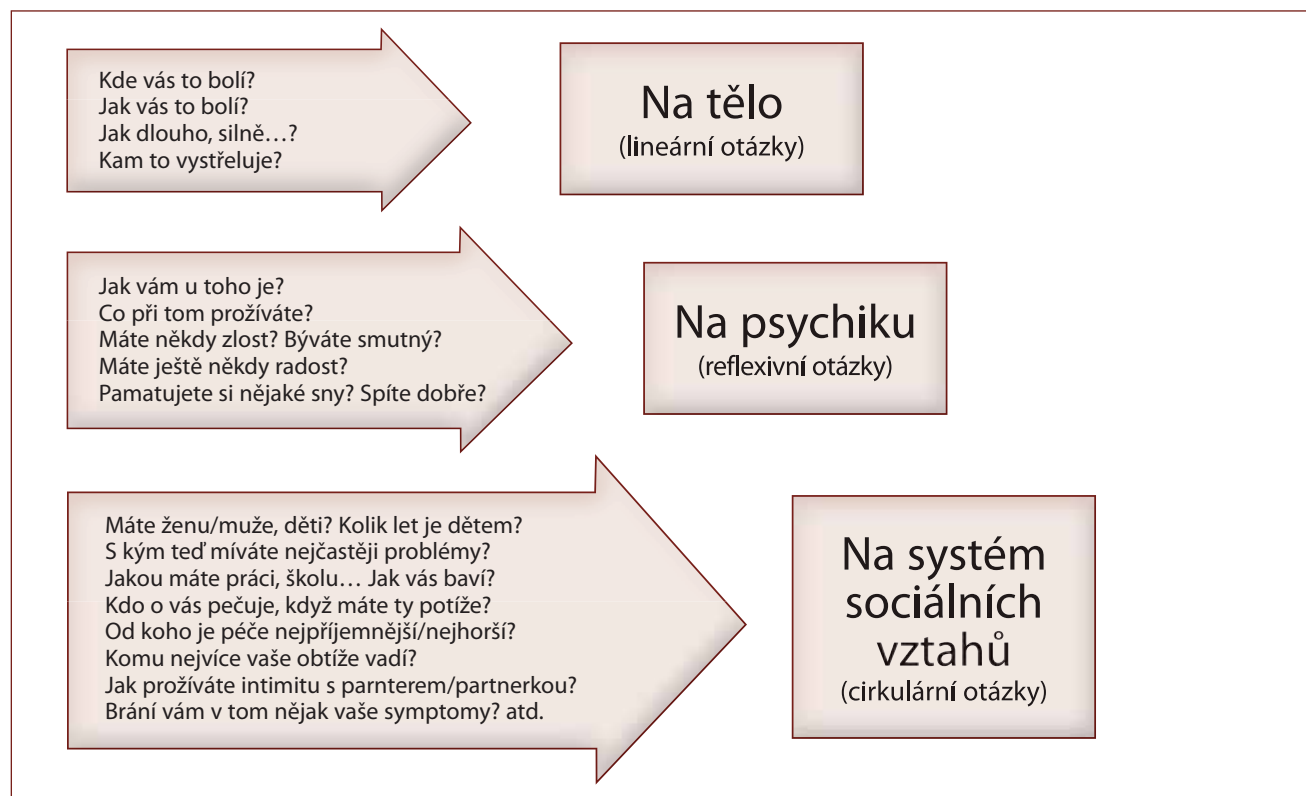
Vita sexualis je citlivý ukazatel stavu partnerství, pokud ne přímo zdrojem četných symptomů. Zdroj problémů může ležet také v minulosti. Měli bychom myslet na traumata jako je zneužívání, domácí násilí, závislost. Pokud se k takovým tématům dostaneme, neměla by nás svádět k vysvětlování příčinných souvislostí, ale k hledání zdrojů odolnosti při překonávání těžkostí v pacientově příběhu. Sledujeme sociální dopady symptomů a ptáme se neobviňujícím způsobem. Bezpečnější je vyslovovat své hypotézy tzv. otevřenými otázkami*, než direktivními tvrzeními.

- Jaké jsou dopady symptomů na rodinu, partnera, děti, rodiče, spolupracovníky?
- Co si pacient myslí o tom, jak na to reagují oni? Starají se podle něj přiměřeně, moc nebo málo? Jsou nepřístupní? Podporují pacienta?
- Jaký mají symptomy dopad na fungování pacienta doma a v práci?
- V jaké vývojové fázi je rodina nemocného a jaké je jeho místo v rodině? (Dítě, dospívající, svobodný mladý dospělý, otec či matka, jak starých dětí? Stará se o své nemocné nebo náročné rodiče?
- Jak prožívá intimitu v partnerském vztahu? Jaký jeho/její sexuální život?
- Jaká je ekonomická situace nemocného, dluhy, hypotéky, hrozba exekuce?
- Kdo se o pacienta stará, když má potíže?
- O koho se musí naopak pacient sám starat?
- Kdo má na symptomy jaký vliv a jak to dělá?

Někdy se i stává, že se s pacientem do naší ordinace dostaví třeba matka nebo manželka pacienta, aby nám jeho stav a potíže vysvětlila. Se souhlasem pacienta lze takovou situaci přirozeně využít k získání dalších poznatků ze sociální oblasti pacienta. Spolupráce s rodinou je velmi užitečná. Míra jejího zapojení jde od pouhého informování, přes podporu rodiny až po rodinnou terapii. (20)

Lékař pacienta s MUS musí být také otevřen případným odlišnostem kultury pacienta v širokém smyslu slova (národnost, věk, pohlaví, socioekonomický status, náboženské vyznání). Např. u imigrantů musíme brát v úvahu specifické stresující faktory jako jazykovou bariéru, kulturní odlišnosti a celkové podmínky migrantského života.(3)

Tabulka 5: Různé otázky otvírají pohledy na různou část reality.



* Otevřené otázky (reflexivní, cirkulární) dávají prostor pro hledání a sebereflexi, na rozdíl od lineárních (uzavřených) otázek, které mají zpravidla jednu správnou odpověď (Kolik vážíte? Kdy jste se narodil?). Položíme-li reflexivní otázku (Jaké by to bylo, kdyby se...? Umíte si představit, že...? A nemůže to být třeba tak, že...?) dáváme prostor pacientovi a jeho pátrání. Ještě jiné, cirkulární otázky, se staly významným nástrojem rodinných terapeutů. Ty umožňují vyptávat se přímo na vztahy v sociálních systémech. (Co by tomu řekl váš...? Co udělá vaše žena, když...?) Otevřené otázky rozvíjejí rozhovor.

5.4. SOUBĚŽNÁ PSYCHICKÁ PORUCHA

Ačkoli tělesné příznaky doprovázející depresivní nebo úzkostnou poruchu mohou být vysvětleny jako součást psychiatrické diagnózy, někdy jsou způsobeny dvěma koexistujícími problémy. Stanovení dvojí diagnózy MUS v kombinaci s depresí nebo úzkostnou poruchou může být užitečné pokud:

- somatické potíže jsou více vyjádřené, než by odpovídalo depresivní nebo úzkostné poruše
- somatický symptom se projevil dříve, než začala depresivní nebo úzkostná porucha
- obojí má závažnost vyžadující samostatné léčení

Na základě prozkoumání symptomů určí VPL, zda je u pacienta podezření na souběžné psychické onemocnění, které ovlivňuje somatické příznaky – např. depresivní nebo úzkostné poruchy. V tomto případě je možné diagnostikovat a léčit lehkou a středně těžkou poruchu v ordinaci VPL, nejlépe v kombinaci s psychoterapií u psychoterapeuta (nejčastěji psychologa), nebo odeslat pacienta k psychiatrovi ke stanovení diagnózy.

5.5. FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ, DALŠÍ SPECIALIZOVANÁ VYŠETŘENÍ

Fyzikální vyšetření je indikováno vždy, pokud zjistíme, že příznaky změnil charakter, nebo když se objeví nové alarmující příznaky. Ze stejných důvodů mohou být indikována další specializovaná vyšetření nebo odeslání ke specialistům. Pokud VPL začne pochybovat o hypotéze MUS a indikuje z těchto důvodů dodatečná vyšetření, je potřeba vše pacientovi řádně vysvětlit. Stejně to platí pro odesílání ke specialistům.

Pokud pacient sám žádá dodatečná vyšetření, aniž je k tomu opodstatnění, lékař pacientovi vysvětlí, že v tuto chvíli nejsou další vyšetření potřeba, protože neočekává, že by přinesla nějaké nálezy. Zároveň je vhodné si s pacientem zopakovat povahu MUS a zdůraznit, že i když jsou všechna vyšetření negativní, lidé přesto mohou trpět různými tělesnými příznaky. Důležité také je, aby pacient věděl, že lékař mu i přes chybějící somatický nález jeho potíže věří. Proto je třeba v některých případech přání pacienta vyhovět. Je důležité předem vysvětlit pacientovi, co budou znamenat případné negativní výsledky a jaký bude další postup. Ten lékař stanoví společně s pacientem v rámci diagnosticko-terapeutického plánu. Takový plán je vhodný u všech chronických průběhů MUS a vedle jasně daných limitů přístrojového vyšetřování by měl obsahovat i formy diagnostiky či terapie z psycho-sociálního okruhu. V případě odesílání pacienta ke specialistovi na žádost pacienta, je důležité formulovat jasnou otázku v doporučení, ideálně zformulovanou společně s pacientem a žádat, aby byl pacient v případě negativních nálezů odeslán zpět k VPL. Můžeme tím zabránit bezúčelnému kolování pacienta po specialitech.

Na základě prozkoumání symptomů a dalších možných psychických potíží, určí VPL stupeň závažnosti MUS s přihlédnutím k prognostickým faktorům.

5.6. MUS A FARMAKA

V zásadě není důvod k nějakému zákazu farmakoterapie jen proto, že zdroje somatických obtíží mohou ležet v psychosociální oblasti. Je třeba jenom vědět, že nejde o řešení, jen o (často žádanou) symptomatickou úlevu. Základem je podrobná léková anamnéza s aktivním pátráním po všech přípravcích, které pacient užívá. Zajímáme se i o léčiva, která si nechává předepisovat, ale neužívá. Vlivem mnoha okolností hrozí pacientům s MUS vznik různých závislostí (např. na benzodiazepinech) na analgetících, navíc v možné kombinaci s alkoholem).

U čerstvých případů se proto v anxiolytické indikaci doporučují jiné farmakologické postupy než benzodiazepiny. Na somatické projevy úzkosti jsou vhodné betablokátory, guajacuran, hydroxyzin, nebo nízké dávky tricyklických antidepresiv. V případě manifestní úzkosti SSRI, alprazolam adjuvantně jen do šesti týdnů. V analgetických indikacích jsou vhodná tricyklicka v nízkých dávkách (25-50 mg), lze využít anticholinergního (spasmolytického) a také tlumivého účinku amitriptylinu. Jako adjuvancia anticholinergika, nízké dávky antipsychotik v kombinaci s NSA. (21)

Rozhodně je třeba varovat před opioidy či kombinací analgetik s kodeinem u somatizované úzkosti. Nevhodná jsou stimulantia u neurastenie, stejně jako oblíbené benzodiazepiny u bolestivých stavů a úzkosti.

5.7. STUPŇOVITÝ MODEL LÉČBY

Léčba je postupný proces, který začíná VPL pomocí nejmírnější možné účinné terapie. Pokud první stupeň léčby nepřinese požadované výsledky, přecházíme na stupeň 2 ev. 3. V případě závažnějšího obrazu MUS, můžeme přistoupit rovnou ke stupni 2 či 3. Ve všech krocích bychom měli brát v úvahu pacientovo socio-kulturní zázemí.

1. Stupeň léčby: VPL pracuje sám

První stupeň léčby zahrnuje řadu aktivit, které může VPL rozložit do několika konzultací:

- Využití vyšetřování pacientových obtíží a jejich psycho-sociálních souvislostí k identifikaci a diskutování faktorů, které mohou bránit v zotavení
- Poučení o povaze obtíží a poradenství (např. ohledně užívání léků)
- Stanovení realistických cílů léčby
- Formulace časově definovaného plánu léčby, který vytvoří VPL společně s pacientem
- Naplánování pravidelných kontrol v ordinaci, během kterých bude VPL sledovat dodržování léčebného plánu a pacientovo fungování v běžném životě
- Věnujeme pozornost všem třem vrstvám, tělesné, psychické i sociální (viz 5.3.)

Sledování pacienta s mírným stupněm MUS:

Při kontrolách vždy hodnotíme současný stav v relevanci se známými nálezy, pátráme ve všech třech dimenzích, proč se symptomy nelepší. Zveme už za 1 týden a pak za 2-4 týdny, pokud symptomy přetrvávají.

Společně s pacientem zformulujeme sdílený časově podmíněný plán léčby s jasnými realistickými cíly. Upřednostňujeme postupné zvyšování aktivity v závislosti na čase a ne na vývoji symptomů (např. „*pohyb až když to bolest dovolí*“ nebo „*obnovení běžných činností až když zmizí únava*“). Je výhodné sledovat výskyt a kolísání symptomů pomocí sebehodnotících škál, podle kterých pacient denně zaznamenává vývoj stavu, případně přidává další pozorování souvislostí („*když nepřišla dcera večer domů, velmi se zhoršilo motání hlavy*“). Ještě výhodnější, než sledování zhoršení symptomu, je zaměřit pozornost naopak na jeho zlepšování, zvláště v případech úporných každodenních obtíží. („*Zaznamenejte jakékoli zlepšení oproti normálnímu stavu.*“) Některé obtíže mají tendenci se právě pouhým pozorováním zesilovat, např. tinitus, balbuties. Pak je lepší otázka: „Stalo se od minulé návštěvy někdy, že jste na svůj symptom zapomněl? Podstatné je samozřejmě, probrat při další návštěvě s pacientem jeho záznamy. Proto je výhodné, když mají podobu grafu. (22)

2. stupeň léčby: VPL + další odborníci (psycholog, fyzioterapeut...)

K druhému stupni léčby je třeba přistoupit, když první stupeň nepřináší výsledky, když pacient pociťuje vážnější funkční omezení, např. když pracovní neschopnost trvá déle jak 4-6 týdnů a také když jsou příznaky četnější, z více tělesných systémů a mají delší trvání.

Druhý stupeň léčby spočívá v pokračování léčebných postupů prvního stupně samotným praktickým lékařem, navíc VPL zapojuje do péče o pacienta psychologa, fyzioterapeuta, sociální pracovníky, psychiatra či psychoterapeuta, ev. specialisty zabývající se psychosomatikou dle konkrétní potřeby. Spolupracující odborníci by měli mít zkušenosti s psychosomatickými pacienty, měli by být zvyklí pracovat se všemi rozměry pacientových potíží a měli by být schopni poskytnout pacientovi bezpečný a podpůrný vztah. Nejvíce důkazů v léčbě MUS bylo prokázáno u *kognitivně-behaviorální terapie*, která je dobře kompatibilní s klasickým lékařským myšlením, a proto má nejvíce studií. Stejně účinné jsou i další směry psychoterapie, které lze indikovat podle typu pacienta a druhu problematiky. (23)

Na procesu odeslání k dalším odborníkům by se měl podílet i pacient, aby taková spolupráce odpovídala také jeho přáním, momentálním potřebám a schopnostem. Víme, že pacienti často akceptují lépe, jsou-li odesláni k psychologovi pouze na podpůrnou psychoterapii či poradenství, než by šli na psychoterapii či psychiatrii, protože „léčit se z duševní choroby“ je stále pokládáno za stigma.

Sledování pacienta se středně závažnými MUS

Jestliže příznaky a funkční omezení přetrvávají, zveme si pacienta pravidelně na kontroly, např. po 4-6 týdnech. Průběh komplexní léčby hodnotíme společně s pacientem, případně korigujeme cíle, kterých chceme dosáhnout v konkrétním časovém období. Snažíme se pacienta vést k aktivnímu podílu na léčbě (např. aktivní fyzioterapie, kondiční cvičení, psychoterapie vs. injekce, operace, pasivní formy fyzioterapie).

Tabulka 6: U pacientů s MUS zvážit možnosti aktivnějších forem léčby

<p>Aktivní formy terapie- obvykle vedoucí k rychlejší úzdavě</p> <ul style="list-style-type: none"> • aktivní fyzioterapie • kondiční cvičení • jóga • relaxace • psychoterapie • rodinná terapie • úprava životosprávy... 	<p>Pasivní formy terapie- nevhodné u většiny pacientů s MUS</p> <ul style="list-style-type: none"> • pouhá farmakoterapie • injekce, infuze • operace • pasivní fyzioterapie • fyzikální terapie • magnetoterapie...
--	---

3. stupeň léčby: VPL+ specializovaná centra

Zintenzivníme léčbu kontaktováním vhodného pracoviště, nejlépe multidisciplinárního centra zabývajícího se péčí o psychosomatické pacienty a pacienty s MUS. Péče v těchto centrech je určena pacientům, kteří nedosáhli uspokojivého zlepšení potíží pomocí kroku 1 a 2. Jsou to pacienti s těžkými MUS (několik funkčních omezení, velké množství různých MUS a/nebo trvání déle než 3 měsíce, pracovní neschopnost delší než 3 měsíce).

V tomto stadiu je nutné, aby existoval jeden poskytovatel péče, který celý proces garantuje. V mnoha případech je pro tento úkol nevhodnější praktický lékař. Je důležité nedat se neúspěchy léčby odradit!

I ve třetím stupni léčby je role všeobecného praktického lékaře důležitá:

- V trvalé podpoře pacienta při zlepšování funkcí i případném zhoršení.
- V omezování protahující se léčby a vyšetření, která nejsou přínosná a nejsou bez rizika.
- V případě, že několik dlouhodobých specifických a intenzivních léčebných procesů nepřineslo zlepšení – podporujeme pacienta v přijetí stávajícího stavu.

Sledování pacienta

Pacienta zveme k pravidelným kontrolám např. jednou za 4-6 týdnů. V případě, že trvají dysfunkce a neprobíhá aktivní léčba, doporučujeme zhodnocení situace nejméně jednou za rok a návrh nějaké další léčebné možnosti.

5.8. MEZIOBOROVÁ SPOLUPRÁCE

Znovu je třeba vidět specifickou problematiku pacientů s MUS. Ani odeslání na další pracoviště nejde provést automaticky, jako u celé řady jiných běžných nemocných. V prvním kroku je nevhodnější s vědomím pacienta konzultovat jeho případ s dalšími odborníky, kteří se problematikou MUS, psychologickými problémy nebo rodinnou problematikou zabývají. V současnosti není dobudována síť takových pracovišť, proto záleží především na lokálních podmínkách, ochotě a dobrých vztazích VPL s dalšími kolegy při vytváření podpůrných týmů, které se mohou pravidelně scházet. To usnadňuje rozšíření o další specializovanou péči. V žádném případě nelze k přechodu na další stupeň péče a k předání pacienta nutit. Záleží na dovednosti lékaře, aby se odeslání nestalo předčasnou interpretací (Nevhodné příklady: „Musíte jít na psychiatrii“, „Nemá smysl řešit neustále vaše problémy s kvasinkami, to vám vysvětlí v manželské poradně.“ Nebo: „Dokud si v sobě neuděláte pořádek, nemůžete se uzdravit! Pošlu Vás k psychologovi“)

Předání by mělo v dobrém vztahu lékaře s pacientem postupně vyvstat. Zvláště u bolestivých syndromů nedoporučujeme odeslání k úzce specializovaným kolegům, kteří se věnují lokálním invazivním analgetickým metodám, protože tyto metody samotné nejsou dlouhodobě účinné. Naopak je vhodné odesílat do zařízení, které aplikuje multidisciplinární přístup, v rámci kterého mohou být účinné i výše zmiňované metody. Integrace somatických, psychologických a sociálních aspektů v léčbě nabízí možnost funkčního zlepšení v různých oblastech. Intenzivní rehabilitace podporuje návrat do původních aktivit. U nás existují zařízení poskytující dlouhodobé specifické léčby s multidisciplinárním přístupem formou ambulantní, stacionární a zatím jen ojediněle lůžkové. (pracoviště lze najít na www.psychosomatika-cls.cz)

5.9. PSYCHOSOMATIKA VERSUS ALTERNATIVNÍ MEDICÍNA

V českém prostředí považujeme za nezbytné vyjasnit vztah mezi psychosomatikou a alternativními praktikami, které užívá i řada lékařů, jak uvádí sociologická studie na toto téma. (24) Jasně vymezená psychosomatika bio-psycho-sociálním přístupem není žádnou alternativou k běžné školské medicíně, ale jejím naplněním. Sama klinická praxe a především pacienti s MUS přiměli lékaře k hledání alternativních postupů i v kulturně odlišných tradicích. Starobylé postupy (nežidka spíše metakomunikačně) umožňují zabývat se i psychosociálními aspekty stonání, aniž by přímo na ně byla zaměřena pozornost. (25) V poslední době se rychle rozvíjí trh se zcela novými léčebnými technologiemi, založených často na nejasných fyzikálních principech. Většina z těchto praktik se hlásí k celostní medicíně, což však nemusí vůbec znamenat bio-psycho-sociální realitu pacienta. Celostnost zde je chápána jako souhrn celé řady dalších vlivů. Bez ohledu na to, že i tyto metody mohou být v jednotlivých případech léčby pacienta s MUS užitečné, vzdělaný lékař by měl vystačit s porozuměním a s vědecky zakotveným bio-psycho-sociálním přístupem. Takto lze totiž chápat třeba i komplikovanou teorii akupunktury.

6. PRŮBĚH A PROGNOZA

U 50-75% pacientů s MUS se příznaky během 12-15 měsíců zmírní, ale u 10-30% se příznaky během času zhorší. Asi 2 % jsou zcela rezistentní. (6) Podobné to je také u jinak definovaných psychosomatických poruch. Příznivý vliv na prognózu MUS má aktivní přístup pacienta k léčbě, propojení tělesných potíží s psychosociálními souvislostmi a úzký, na vzájemné důvěře založený vztah mezi ním a praktickým lékařem.

6.1. PROGNOTICKÉ FAKTORY

Příznivé:

Krátké trvání příznaků, málo příznaků, málo funkčních omezení. Náhled pacienta na bio-psycho-sociální souvislosti a jeho aktivní spolupráce s lékařem.

Nepříznivé:

Dlouhé trvání příznaků a mnoho různých příznaků, bez náhledu na možné psychosociální souvislosti, případně aktivní obranné jednání, jakmile na ně lékař upozorní. Hypotéza, že snášení těchto příznaků je pro pacienta přijatelnější, než stav, který by nastal, kdyby došlo k vyléčení. Vícečetná funkční omezení (např. neschopnost pracovat, ztráta sociálních kontaktů, neschopnost plnit domácí povinnosti, výrazná úzkost pacienta i členů rodiny, trvání na organické příčině) jsou také prognosticky nepříznivá znamení. Nemusí jít přímo o účelové jednání, pacient se však může náhledu na souvislosti nevědomě bránit. Proto není šťastné takového pacienta obviňovat.

6.2. POSUDKOVÁ HLEDISKA

Svízelná je situace pacientů s MUS také z hlediska posudkového. Na jedné straně nemají dost objektivních nálezů, které by obtíže vysvětlovaly a opravňovaly osvobození z pracovních povinností. Tak se snadno strhne boj o získání důkazů a roztáčí se kolotoč vyšetření už jen z posudkových důvodů. Na druhé straně je známo, že vysazení z obvyklého pracovního režimu, úlevy ve škole nebo v práci, finanční náhrada, to vše může zhoršovat vyhlídky na uzdravení. (18) Tak se bude VPL vždy pohybovat mezi Skylou a Charybdou a rozhodnout se nebude snadné. Problematika je o to složitější, že existují i pacienti, kteří si vůbec volno a odpočinek neumí dopřát, a u takových je naopak třeba je k odpočinku a pracovní neschopnosti doslova přinutit. To vše dělá z pacientů s MUS těžký oříšek také pro posudkového lékaře.

7. DALŠÍ VZDĚLÁVÁNÍ V PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNĚ

Vyhláška MZ ČR č. 286/2013, kterou byl nástavbový obor Psychosomatika přijat, a Věstník MZ 2015, částka 5, z 20. 5. 2015 s náplní oboru, umožňují lékařům každé specializace žádat MZ prostřednictvím IPVZ o zařazení do specializační přípravy. Takové úplné vzdělání v psychosomatice může být doplněno ještě vzděláním v psychoterapii (www.psychoterapeuti.cz), ale to není pro většinu všeobecných praktických lékařů nebo pro specialisty, kteří se nejčastěji setkávají s pacienty s MUS nezbytná výbava. Těm postačí kurzy v základní psychosomatické péči organizované IPVZ. (22)

Cílem vzdělávání v nástavbovém oboru psychosomatika je získání zvláštní odborné způsobilosti osvojením potřebných teoretických znalostí a praktických dovedností v problematice psychosomatické medicíny. Absolvent musí být schopen diagnosticky zařadit pacienta s psychosomatickým onemocněním (somatické onemocnění s významnou psycho-sociální složkou), navrhnout terapeutický postup a samostatně jej léčit nebo v rámci týmové spolupráce se podílet na jeho léčbě. S postupným uváděním prováděcích předpisů MZ ČR do praxe bude přibývat pracovišť, která splní podmínku akreditace a tím také postupně bude narůstat počet lékařů, kteří budou moci splnit podmínky vzdělávání. Lze očekávat, že se do oboru budou hlásit především ti lékaři, kteří již mají dobrou zkušenost s bio-psycho-sociálním přístupem a nestačí jim v rámci jejich vlastní odborné praxe jen biologický pohled na pacienta, a proto se častěji ujímají komplikovaných, ale zajímavých psychosomatických pacientů. Odborná společnost dbá o rovnováhu všech složek bio-psycho-sociálního přístupu tak, aby byla zajištěna dobrá spolupráce lékařů i psychologů, psychoterapeutů i fyzioterapeutů nejlépe v rámci týmů. (www.psychosomatika-cls.cz)

Literatura:

1. **Rosendal, M (Eds).** Functional disorders. *Clinical guideline for general practice*. DSAM's clinical guidelines, 2013.
2. **Baudiš P., Mudra M., Škoda C., Tomášek L., Kožený J., Traugottová D.** *Psychiatrická nemocnost v praxi obvodního lékaře*. Kroměříž : vydala Psychiatrická léčebna, 1986.
3. **Olde Hartman, TC, a další.** NHG Guideline on Medically Unexplained Symptoms (MUS). *Huisarts Wet.* 56, 2013, Sv. 5, stránky 222-30.
4. **Honzák, R a Chvála, V.** Psychosomatická medicína. [autor knihy] Hrdlička M, Libiger J Hosák L. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha : Karolinum, 2015, stránky 555-655.
5. **Fink, P, a další.** Somatisation in primary care: prevalence, health care utilisation and general practitioner. *Psychosomatics.* 40 , 1999, Sv. 4, stránky 330-338.
6. **Van der Weijden, T., a další.** Unexplained complaints in general practice: prevalence, patients' expectations, and professionals' test-ordering behavior. *Med Decis Making.* 23 2003, stránky 226-31.
7. **Peveler, R., Kilkenny, L. a Kinmonth, A. I.** Medically unexplained physical symptoms in primary care; a comparison of self-report screening questionnaires and clinical opinion. *J Psychosom Res.* 42 1997, stránky 245-52.
8. **Pilowsky, I., Smith, Q. p. a Katsikits, M.** Illness behaviour and general practice utilisation: a prospective study. *J Psychosom Res.* 31 1987, stránky 177-83.
9. **Chromý, K. a Honzák, R.(eds.).** *Somatizace a funkční poruchy*. Praha : Grada, 2005.
10. **Weber, J. G.** *Individual and Family Stress and Crises*. London : Sage Pub.,Inc., 2011. ISBN 978-1-4129-3691-0 (Pbk).
11. **Honzák, R.** *Jak žít a vyhnout se syndromu vyhoření, 2.vydání*. Praha : Vyšehrad, 2015. ISBN 978-80-7429-552-2.
12. **Holmes, T.H.** Life situations, emotions and disease. *Psychosomatics*, 19. 1978, stránky 747-754.
13. **Engel, G.** The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 196 (4286). 1977, stránky 129-136.
14. **Rief, W. a Broadbent, E.** Explaining medically unexplained symptoms-models and mechanisms. *Clin Psychol Rev.* 27 2007, stránky 821-41.
15. **Chvála, V.** Dvacetiletá zkušenost s léčbou pacientů s psychosomatickou poruchou ve středisku komplexní terapie v Liberci. *PSYCHOSOM.* 2 2009, stránky 93-103.
16. **Chvála, V.** Časová osa - nový pohled na psychosociální souvislosti. *Kontext, XI, č.2.*, 1995, stránky str.26-31.
17. **Poněšický, J.** *Neurózy, psychosomatická onemocnění, psychoterapie*. Praha : Triton, 1999.
18. **Porcelli, P a Rafanelli, C.** Criteria for Psychosomatic Research (DCPR) in the Medical Setting. *Current Psychiatry Reports.* 12(3) 2010, stránky 246-254.
19. **Balint, M.** *Lékař, jeho pacient a nemoc*. Psyché. Praha : Grada Publishing, 1999.
20. **Trapková, L. a Chvála, V.** *Rodinná terapie psychosomatických poruch*. Praha : Portál, 2004.
21. **Klainstäuber, M, Witthöft, M a Steffanowski, A.** Pharmacological interventions for somatoform disorders in adults. *Cochrane Database Sys Rev.* [Online] PubMed.gov, 7. Nov 2013. [Citace: 7. Červenec 2015.] <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25379990>. CD010628. doi: 10.1002/14651858.CD010628.pub2..
22. **Tress, W., Krusse, J., Ott, J.** *Základní psychosomatická péče*. Praha : Portál, 2004.
23. **Vybíral, Zbyněk a Roubal, Jan.** *Současná psychoterapie*. Praha : Portál, 2010.
24. **Křížová, E.** *Alternativní medicína v České republice*. Praha : Karolinum, 2015. str. 150. ISBN 9788024624983.
25. **Chvála, V. a Trapková, L.** *Rodinná terapie a teorie jin-jangu*. Praha : Portál, 2008.

PŘÍLOHY

Dotazník životních událostí dle Holmse a Raheho	Bodové hodnocení
smrt partnera	100
rozvod	73
rozvrat manželství/dočasný rozchod	65
uvěznění	63
úmrť blízkého člena rodiny	63
vážný úraz nebo onemocnění	53
sňatek	50
ztráta zaměstnání	47
usmíření nebo jiné závažné změny v manželství	45
odchod do důchodu	45
změna zdravotního stavu člena rodiny	44
těhotenství	40
sexuální obtíže	39
přírůstek nového člena rodiny	39
změna zaměstnání	39
změna finančního stavu	38
smrt blízkého přítele	37
přeřazení na jinou práci	36
závažné neshody s partnerem	35
půjčka vyšší než 50 tis.Kč	31
termín splatnosti půjčky	30
změna odpovědnosti v zaměstnání	29
syn nebo dcera opouští domov	29
konflikty s tchánem, tchýní, snachou, zetěm	29
mimořádný osobní čin či výkon	28
manželka nastupuje nebo končí zaměstnání	26
vstup do školy nebo její ukončení	26
změna životních podmínek	25
změna vlastních zvyklostí	24
problémy a konflikt s nadřízeným	23
změna pracovní doby nebo pracovních podmínek	20
změna bydliště	20
změna školy	20
změna rekreačních aktivit	19
změna církve	19
změna sociálních aktivit	18
půjčka menší než 50 tis.	17
změna spánkových zvyklostí a režimu dne	16
změny v širší rodině (úmrť, sňatky, odchody)	15
změny stravovacích zvyklostí	15
dovolené	13
vánoce	12
přestupek (např.dopravní, pokuta)	11

Tabulka 7: Dotazník SASA na depresi (Honzák)

Jednoduchý skreening SASA (na depresi)

- **S** = spánek; probouzení po půlnoci a nad ránem
- **A** = anhedonie; nic ji/ho netěší, život nemá šťávu
- **S** = sebehodnocení; snížené až autoakusace;
- **A** = apetit; snížený, pokles hmotnosti bez redukčních tendencí.

Pokud jsou přítomny 3 ze 4 - na 95 % jde o depresi, která zasluhuje léčeni.

Doporučený postup byl vytvořen s podporou Nadačního fondu Praktik

NADAČNÍ FOND
PRAKTIK

Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP
Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře

U Hranic 16, 100 00 Praha 10

e-mail: svl@cls.cz

<http://www.svl.cz>

ISBN

ISBN

© 2015, Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP